Aus der Augenklinik der Universität Halle-Wittenberg
Direktor: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Schieck

1921

LANE MEDICAL LIBRARY

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY
AUG 1 1922

Über einen Fall von Keratitis annularis.

Auszug aus der Arbeit.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie
mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der
Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

EBERHARD ERNST aus STEINAU A. D. ODER

Das klinische Bild der „Keratitis annularis“ wurde im Jahre 1885 zum ersten Male von Vossius beschrieben, welcher zwei Formen unterschied: Eine vaskuläre Form, die mit starken Reizerscheinungen und frühzeitig auftretender Gefäßneubildung einhergeht, und eine reizlose Form, welche in ihrem Verlaufe von kürzerer Dauer ist und auch der Therapie sich als zugänglicher erweist. Beiden Formen ist gemeinsam eine ringförmige Trübung der Hornhaut, deren Intensität zunächst erheblich zunimmt, um nach einigen Wochen oder Monaten sich am äußeren Ringumfang aufzuhellen, während gleichzeitig der innere Ringumfang seinen Durchmesser verkleinert und sich zu einer zentralen Trübung zusammenzieht, welche wie ein Hauch dauernd bestehen bleiben kann.

Zu diesen Grundformen gesellten sich im Laufe der Zeit Fälle von mehrfacher Ringbildung und Fälle, in denen statt des Ringes nur Ringabschnitte und Sicheln vorhanden waren. Auch wurde öfters ein abweichender Verlauf beobachtet, indem nämlich die Ringe — statt sich konzentrisch zu verkleinern — in einzelne Infiltrate zerfielen.

Obwohl es sich bei der „Keratitis annularis“ um ein ganz typisches, wohlcharakterisiertes Krankheitsbild handelt, wurde von einigen Autoren versucht, die Selbständigkeit der Krankheit zu leugnen und die Berechtigung der besonderen Namengebung zu bestreiten. Es wurde geltend gemacht, die Ringbildung sei nur ein vorübergehendes Zustandsbild im Verlaufe der gewöhnlichen Keratitis parenchymatosa; für die Identität spräche weiterhin auch das Vorkommen von Ringkeratitis auf dem einem Auge, von parenchymatöser Keratitis auf dem andern Auge desselben Patienten, auch das Auftreten von Rezidiven ohne Ringform. Doch vergessen diese Autoren, daß auch Vossius niemals den Zusammenhang der Ringkeratitis mit der gewöhnlichen parenchymatösen Hornhautentzündung geleugnet hat.

Aus der bisher vorliegenden Literatur wurden 64 Fälle von Ringkeratitis einschließlich der doppelten und der unvollständigen Ringbildungen zusammengestellt. Diesen Fällen reiht sich eine Beobachtung der Universitäts-Augenklinik Halle an:

Ein 24jähriges, aus gesunder Familie stammendes Bauernmädchen, welches selbst nie ernstlich krank gewesen ist, erkrankte 6 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik an Tränen des rechten Auges, zu welchem sich Verschleierung des Blickes gesellte. Da die Beschwerden, insbesondere Lichtscheu und Schmerzen, zunahmen, wurde sie am 20. 5. 1921 der Klinik überwiesen. Der Aufnahmebefund am rechten Auge war folgender:

Der Lider- und Tränenapparat weist nichts besonderes auf; es besteht geringe ciliare Reizung. Zentral in der Hornhaut ist ein rundes tiefes Infiltrat mit deutlich markierten Rändern gegen die Umgebung zu sehen. Das Epithel mit dem infiltrierten Areal ist ebenso wie die tieferen Schichten aufgelockert und unregelmäßig. Auch die Hornhaut oberhalb des Infiltrates, sowie in geringem Grade bogenförmig im unteren Abschnitt, ist diffus getrübt. Diese Trübungen lösen sich bei Lupenbetrachtung in punktförmige, tiefsitzende Trübungen auf, die in Ringform das mittlere Infiltrat umgeben. Die Sehschärfe beträgt $^5/_{20}$.

Das linke Auge war reizlos und ohne krankhaften Befund, hatte auch volle Sehschärfe. Es blieb auch während der übrigen Krankheitsdauer gesund. Die Behandlung bestand in Anwendung von Wärme und Einträufelung von Scopolamin, ferner wurden an drei aufeinanderfolgenden Tagen Milchinjektionen ausgeführt, das erste Mal 5 ccm, die folgenden beiden Male je 10 ccm. Diese Einspritzungen wurden reaktionslos vertragen. Bereits am 26. 5. 21 begann Gefäßneubildung vom Limbus her; die Trübung des Ringes nahm dauernd zu und erwies sich der Behandlung gegenüber äußerst hartnäckig. Hinsichtlich der Aetiologie konnten keinerlei Anhaltspunkte gefunden werden. Weder Tuberkulose noch Rheumatismus war vorhanden, ebenso war Lues völlig auszuschließen. Selbst nach provokatorischen Salversaneinspritzungen blieb die Wassermannsche Reaktion des Blutserums negativ. Während des Krankheitsverlaufes machte die Kranke eine Grippe durch, welche jedoch den Augenprozeß unbeeinflußt ließ.

Es handelte sich demnach um die vaskulär-entzündliche Form der Vossius'schen Ring-Keratitis.

Was die Entstehung der parenchymatösen Hornhautentzündungen überhaupt anbetrifft, so handelt es sich um primäre Degenerationserscheinungen der Kornea, welche — wie die Arbeiten von Wessely und Schieck zeigen — eine lokale Wirkung des noch unbekannten anaphylaktischen Giftes darstellen.

Differentialdiagnostisch sind kaum Schwierigkeiten zu erwarten. Der Ringabzeß der Hornhaut ist durch die Eiterung und rauhe Einschmelzung der Kornea deutlich von dem hier in Rede stehenden Krankheitsbilde unterschieden. Der Arcus senilis und Arcus juvenilis liegt oberflächlich und dicht am Hornhautrande und verändert seine Dichtigkeit nicht, auch bleibt er dauernd reizlos.